

Ufficio del Medico cantonale
via Dogana 16
6501 Bellinzona
Fax 091 814 4446

Richiesta di autorizzazione speciale per la prescrizione di terapie sostitutive con stupefacenti

Con la presente desidero chiedere il rilascio dell'autorizzazione speciale a prescrivere terapie sostitutive con gli stupefacenti a persone tossicodipendenti.

Sono in possesso dell'autorizzazione al libero esercizio della professione medica nel Canton Ticino dal e ne allego una copia.

Sono a conoscenza del "Regolamento sulle terapie sostitutive" del 5 aprile 2011, della Direttiva e della Raccomandazione emanate dal Medico cantonale.

Con questa richiesta, mi impegno formalmente a:

- 1. rispettare scrupolosamente la Direttiva e la Raccomandazione del Medico cantonale, di cui ho preso conoscenza;**
- 2. seguire il corso di aggiornamento annuale;**
- 3. fornire puntualmente e con precisione i dati necessari alla valutazione globale delle cure;**

Dichiaro di non avere a mio carico motivi di ammonimento o revoca dell'autorizzazione ai sensi dell'art. 8 e 9 del Regolamento sulle terapie sostitutive con particolare riferimento alla Legge federale sugli stupefacenti del 3 ottobre 1951.

Riconosco che la non osservanza di questi impegni porterà alla revoca dell'autorizzazione speciale.

Luogo e data:

Timbro e firma del medico:

.....

.....

Allegato: Copia certificato di libero esercizio